



ENTWURF EINES GESETZES ZUR FINANZIELLEN STABILISIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV- FINANZSTABILISIERUNGSGESETZ – GKV- FINSTG, BT-DRCKS. 20/3448)

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM GESETZENTWURF DER FRAKTIONEN
SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN UND FDP VOM 19.09.2022 SOWIE
ZUM ANTRAG DER FRAKTION CDU/CSU „SOFORTHILFEPROGRAMM
FÜR KRANKENHÄUSER ZUR ABFEDERUNG UNVORHERSEHBARER
INFLATIONSBEDINGTER KOSTENSTEIGERUNGEN“, BT-DRCKS. 20/2375

27. SEPTEMBER 2022

Zur Kommentierung

Zu den einzelnen Regelungsinhalten wird im Folgenden kommentiert. So keine Anmerkungen getätigt werden, wird die Regelung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt oder sie sieht die Interessen der Vertragsärzte durch die Regelung nicht betroffen beziehungsweise steht dem Regelungsvorschlag neutral gegenüber.

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung verwendet. Hiermit sind auch alle anderen Formen gemeint.

KOMMENTIERUNG

I. ALLGEMEINES

Aus Sicht der KBV ist der vorliegende Gesetzentwurf nicht zielführend, da er insbesondere im ambulanten Bereich Fehlsteuerungen zur Folge haben wird und für die Patientinnen und Patienten unvermeidlich mit Leistungskürzungen verbunden ist. Der Wegfall der Neupatientenregelung wird negative Auswirkungen für die Versorgung der Patienten mit sich bringen.

II. KOMMENTIERUNG IM EINZELNEN

ZU NR. 5

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte erhalten seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ihre Untersuchungen und Behandlungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet, wenn sie bei einer Patientin oder einem Patienten durchgeführt werden, die oder der noch gar nicht oder für einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren nicht in der jeweiligen Arztpraxis vorstellig war. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Rückabwicklung dieser sog. Neupatientenregelung vor. Dies lehnt die KBV ab.

Ziel dieser Förderung war eine Verbesserung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung der gesetzlich Versicherten und zum Abbau von Wartezeiten beim ersten oder nach zwei Jahren erneuten Bedarf eines Arztkontakts. Mit Geltung dieser Regelung haben Praxen zahlreiche Maßnahmen unternommen, um dieses Ziel zu erreichen. Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen haben ihre Praxen umstrukturiert, mehr Personal für das Terminmanagement eingestellt, die Terminkapazitäten erweitert, die Sprechstundenzeiten ausgeweitet und so die Wartezeiten deutlich verkürzt.

Sofern im Gesetzentwurf davon ausgegangen wird, dass die bislang vorliegenden Zahlen nicht darauf schließen lassen, dass mit Inkrafttreten dieser Regelung Verbesserungen in der Versorgung eingetreten sind, widerspricht die KBV. Zahlen des Zentralinstitutes (ZI, <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/27-juli-2022>) belegen, dass die mit dem TSVG eingeführten Maßnahmen zur Förderung von Arztterminen für Neupatientinnen und -patienten die gewünschte Wirkung gezeigt haben. Die Auswertung zeigt, dass im vierten Quartal 2021 mehr Neupatienten behandelt wurden als im vierten Quartal 2019, obwohl die ärztlichen Behandlungskapazitäten in diesen zwei Jahren eher weniger als mehr geworden sind.

Im Einzelnen zeigt die Auswertung des Zi, dass:

- mehr als jeder vierte gesetzlich versicherte Patient oder Patientin von der Regelung begünstigt wurde: Im vierten Quartal 2021 wurden in den Praxen 20 Mio. Neupatienten behandelt. Die Anzahl der Neupatienten ist im vierten Quartal 2021 gegenüber dem vierten Quartal 2019 um 12 Prozent

gestiegen. Der Anteil der Neupatienten an allen Patienten stieg um 7,5 Prozent. Die höchsten Anstiege wurden in Regionen Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen beobachtet, in denen der Anteil der Neupatienten nicht zuletzt aufgrund des eingeschränkten Angebots eher unterdurchschnittlich ist.

- die Neupatientenregelung für nahezu alle Praxen von Bedeutung ist: Im vierten Quartal 2021 haben insgesamt 99 Prozent der Praxen Neupatienten behandelt. Bei Hautärzten und Frauenärztinnen waren es 100 Prozent der Praxen, bei ärztlichen Psychotherapeuten 96,4 Prozent.

In einer Folgeauswertung hat das Zi dargelegt, dass für durchschnittlich rund 80 Prozent der Neupatienten im gleichen Quartal auch erstmalig eine neu aufgetretene Erkrankung dokumentiert worden ist (<https://www.zi.de/presse/grafik-des-monats - Grafik September 2022>). Dies zeigt, dass die Behandlung von Neupatienten mit einem höheren kommunikativen, technischen und organisatorischen Aufwand verbunden ist. Die Abschaffung der Neupatientenregelung führt für diese aufwändigeren Versorgungssituationen zu Vergütungsabschlägen.

Da es in den kommenden Jahren immer wichtiger wird, die Behandlung von Neupatienten zu fördern, damit dringende Behandlungsanlässe trotz des fortschreitenden Fachkräftemangels schnell Zugang zur medizinischen Versorgung finden, ohne etwa die Notfallversorgung zu belasten, plädiert die KBV vehement für die Beibehaltung dieser Regelung.

ZU NR. 6

Mit der vorgesehenen Änderung in § 106b Absatz 1a Satz 2 soll auch für die Influenza-Impfsaison 2022/2023 bei Verordnungen der Grippeimpfstoffe eine Überschreitung der Menge von bis zu 30 Prozent nicht als unwirtschaftlich gelten.

Die KBV begrüßt diese Klarstellung grundsätzlich, da sie den Vertragsärzten eine etwas höhere Verordnungssicherheit bei der Vorbestellung der Grippeimpfstoffe hinsichtlich der bestehenden Regressgefahr bei geringer als erwartet ausfallender Inanspruchnahme der Impfung durch die Versicherten gibt. Sie sieht die vorgenommene Regelung aber nicht als ausreichend an, sondern regt aus den nachfolgend angeführten Gründen auch weiterhin - wie in verschiedenen Stellungnahmen zuvor - die Streichung des § 106b Absatz 1a SGB V an.

Eine Erhöhung der Impfquote bei der Grippeimpfung ist nicht nur politisch beabsichtigt, sondern auch medizinisch erforderlich. Diese wird von den Versicherten – nach einer stetigen Abnahme in den vergangenen Jahren und Zunahme in der Corona-Pandemie – von Impfsaison zu Impfsaison sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. Es ist daher für den Arzt sehr schwierig, die voraussichtliche Inanspruchnahme bei seinen Vorbestellungen möglichst regresssicher zu kalkulieren. Für die bereits abgeschlossenen Vorbestellungen für die Impfsaison 2022/2023 ergab sich für die Vertragsärzte nicht nur die Situation, dass unklar war, ob die Regelung in § 106b Absatz 1a SGB V hinsichtlich der 30 Prozent-Regelung verlängert werden würde. Neu hinzugekommen war, dass jetzt auch Apotheker nicht nur in einzelnen Modellvorhaben, sondern grundsätzlich gegen Influenza impfen dürfen. Damit war und ist künftig die Inanspruchnahme der Impfung durch Versicherte in Arztpraxen noch schlechter einschätzbar. Hinzu kommt, dass Apotheken im Gegensatz zu Ärzten keinem Regressrisiko unterliegen. Diese Ungleichbehandlung ist nicht akzeptabel und kann u. E. nur zu weiteren Verwerfungen führen. Die bestehenden Regelungen können sich möglicherweise sogar negativ auf die Impfquoten auswirken.

Die KBV schlägt daher erneut vor, den § 106b Absatz 1a SGB V zu streichen.

Ergänzende Regelungsnotwendigkeit in § 106b Absatz 2a SGB V:

Vor dem Hintergrund der Entscheidung des Bundesschiedsamtes zu den Rahmenvorgaben Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106b Absatz 2 SGB V zur Anwendung der Differenzschadensmethode hält die KBV eine gesetzliche Klarstellung in § 106b Absatz 2a SGB V für unbedingt erforderlich, da die

Entscheidung des Bundesschiedsamts dazu führt, dass die Differenzschadensberechnung im Falle von Regressverfahren entgegen der gesetzlichen Intention nur in den wenigsten Fällen zur Anwendung kommt.

Das Bundesschiedsamt hat Folgendes festgelegt:

„Die Berücksichtigung einer Kostendifferenz ist dann vorzunehmen, wenn die in Rede stehende Verordnung unwirtschaftlich ist und nicht unzulässig und somit von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist. Ausgenommen von der Anwendung der Differenzmethode sind ärztliche Verordnungen, die durch gesetzliche oder untergesetzliche Regelungen wie z.B. § 34 SGB V, Anlage 1 der Heilmittelrichtlinie, ausgeschlossen sind und für die die Voraussetzungen nach § 12 Abs. 11 Arzneimittel-Richtlinie nicht vorliegen.“

Mit dieser Auslegung geht die vom Gesetzgeber auch zur Entlastung der Vertragsärzte geschaffene Regelung ins Leere, da – über die bereits in den meisten Fällen von Prüfungseinrichtungen auch bisher schon angewandte Differenzschadensberechnung beispielsweise hinsichtlich der verordneten Packungsgröße oder der Berücksichtigung generischer günstigerer Präparate – nichts mehr übrigbleibt.

Nutzt der Arzt beispielsweise die gesetzlich vorgesehene Regelung in § 31 Absatz 1 Satz 4 SGB V, wonach er von Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüssen durch die Arzneimittel-Richtlinie in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung abweichen darf, so muss er nach der Schiedsamtsentscheidung mit einem Regress über die gesamte Summe rechnen, falls die Krankenkasse und nachfolgend die Prüfungsstelle nach § 106c SGB V diese Begründung nicht akzeptieren. Gerade hier ist jedoch die Anwendung der Differenzbetrachtung angezeigt und war u. E. vom Gesetzgeber auch intendiert.

Eine vergleichbare Situation besteht auch bei Verordnungen im Off-Label-Use (OLU), bei denen der Arzt auch nicht sicher sein kann, ob beispielsweise seine Einschätzung zum Vorliegen der Kriterien des Bundessozialgerichts für einen OLU von Krankenkassen oder von der Prüfeinrichtung geteilt werden. OLU-Verordnungen sind außerdem bei der Behandlung von onkologischen und neurologischen (z. B. Multiple Sklerose) Erkrankungen häufig erforderlich bzw. gehören zum Therapiestandard gemäß medizinischer Leitlinien, obwohl sie jedoch oftmals nicht von den Ausnahmetatbeständen der Arzneimittel-Richtlinie oder den Kriterien des Bundessozialgerichts für einen OLU-Einsatz umfasst sind. Gerade auch bei Kindern muss häufig ein OLU-Einsatz von Arzneimitteln erfolgen – je nach Indikation bei bis zu über 60% der Fälle –, da die Zulassung nur die Behandlung von Erwachsenen umfasst. Auch hier war es u. E. Intention des Gesetzgebers, bei entsprechenden Verordnungen die Differenzschadensberechnung vorzusehen.

In dieser Auffassung sehen wir uns u. a. auch durch die damalige Gesetzesbegründung bestätigt, in der unzulässige Verordnungen explizit benannt wurden. Auch ein bereits vorliegendes Urteil des SG München kommt zu dem Ergebnis, dass auch bei unzulässigen Verordnung die Differenzbetrachtung anzuwenden ist.

Ohne eine entsprechende gesetzliche Klarstellung wird es unmöglich sein, die Differenzschadensberechnung in der u. E. vom Gesetzgeber intendierten Form umzusetzen und damit auch einen Beitrag dazu zu leisten, die Verordnungssicherheit bei der Behandlung schwer kranker Patienten zu verbessern.

Eine Klarstellung sollte aus Sicht der KBV durch eine begriffliche Nachschärfung in § 106b Absatz 2a SGB V erfolgen, nach der unter der Voraussetzung eines festgestellten Behandlungsbedarfs zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung auch unzulässige Verordnungen von der Anwendung der Differenzmethode umfasst sind. Wie bereits oben dargestellt, geht die KBV ausweislich der Gesetzesbegründung des TSVG davon aus, dass genau dies vom Gesetzgeber mit der entsprechenden Neuregelung des TSVG beabsichtigt war.

ZU NR. 14

Dem bisherigen § 132e Absatz 1 soll ein neuer Satz angefügt werden, der besagt, dass bei neuen Verträgen für die Durchführung von Schutzimpfungen – insbesondere bei neu aufzunehmenden Schutzimpfungen –

sich die Höhe der Kostenerstattung an bereits ausgehandelten vergleichbaren Erstattungspreisen zu orientieren hat.

Diese vorgesehene Neuregelung ist nicht sachgerecht und greift im Übrigen ohne Grund und erkennbaren Nutzen in die Freiheit der Selbstverwaltung ein. Gerade bei neuen Impfstoffen bzw. bei Indikationen, bei denen bislang keine Schutzimpfungen zur Verfügung standen, wie zum Beispiel bei Impfstoffen gegen COVID-19, dürfen aufgrund der damit verbundenen Aufwände für Aufklärung, Beratung und Dokumentation sowie Lagerung und Vorbereitung der Impfstoffe nicht nur bestehende Verträge für bereits vorhandene Schutzimpfungen als Orientierung dienen, sondern es müssen auch anderweitige bislang geltende Vergütungsregelungen, wie im Falle der Impfungen gegen COVID-19 die Coronavirus-Impfverordnung, in der dem bereits oben dargestellten erhöhten Aufwand im Zusammenhang mit den neuen Schutzimpfungen zum Teil Rechnung getragen wurde, herangezogen werden.

Eine Orientierung alleine an bestehenden Verträgen wäre beispielsweise bei den neuen Impfstoffen gegen COVID-19 nicht sachgerecht, so dass es im Ergebnis bei der bisherigen Selbstverwaltungsorientierung bleiben sollte: Impfstoffe gegen COVID-19 wurden im Rahmen eines beschleunigten Zulassungsverfahrens zugelassen; auch werden sie aufgrund der entsprechenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) häufig außerhalb der Zulassung eingesetzt. Dies bedingt einen erhöhten Beratungsbedarf, der höher honoriert werden muss als der bei bereits seit längerem bekannten Impfungen. Der Einsatz außerhalb der Zulassung soll nach dem Kabinettsentwurf des „Gesetzes zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen gegen COVID-19“ bei einer entsprechenden STIKO-Empfehlung zukünftig grundsätzlich, also auch bei Schutzimpfungen gegen andere Infektionskrankheiten, in der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA (SI-RL) und damit in der Folge auch in Verträgen nach § 132e SGB V verstetigt werden. Zudem werden COVID-19-Impfstoffe auch weiterhin auf absehbare Zeit nur in Mehrdosenbehältnissen angeboten, was hinsichtlich Lagerung, Vorbereitung der Impfstoffe und Terminorganisation auch weiterhin zu einem erheblichen honorierungsbedürftigen Mehraufwand gegenüber bisherigen Schutzimpfungen führen wird.

Vor diesem Hintergrund fordert die KBV den Verzicht auf die vorgesehene Neuregelung.

III. KOMMENTIERUNG ZUM ANTRAG DER FRAKTION DER CDU/CSU „SOFORTHILFEPROGRAMM FÜR KRANKENHÄUSER ZUR ABFEDERUNG UNVORHERSEHBARER INFLATIONSBEDINGTER KOSTENSTEIGERUNGEN“, BT-DRCKS. 20/2375

Wie der Antrag richtig beschreibt, ist das Gesundheitswesen von steigenden Kosten betroffen, da die Hersteller und Produzenten, aber auch die Händler und Logistiker sich gezwungen sehen, die deutlich gestiegenen Rohstoff-, Herstellungs-, Energie-, Personal- und Lieferkosten an die Verbraucher weiterzugeben. Sowohl die steigenden Energiekosten als auch die Inflation begründen nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich eine Sondersituation, die mit dem bisherigen Rechtsrahmen nur schwer abzubilden ist. Sofern hier, was auch seitens der KBV gefordert wird, auf die Situation angepasste Lösungen gefunden werden, müssen diese sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Sektor greifen können.

Vor allem die explodierenden Energiekosten stellen nicht nur Krankenhäuser, sondern auch Arztpraxen vor erhebliche Herausforderungen. Die KBV hält es daher dringend für erforderlich, den Erhalt der ambulanten Infrastruktur durch die kommenden Monate dadurch zu gewährleisten, dass die finanziellen Auswirkungen der massiven Energiepreisverteuerung abgefedert werden. Dies gilt für alle Fachgebiete - besonders dramatisch jedoch in den sog. „Hochenergiefächern“ (wie z. B. Strahlentherapeuten, Radiologen und Dialyseeinrichtung), die zusätzliche besondere Maßnahmen benötigen werden.

Eine Lösung könnte entweder durch entsprechende Zuschläge über die GKV oder aber - systematisch wohl richtiger - durch den Einbezug in Regelungen geschaffen werden, die auch den Erhalt kleiner und mittlerer Unternehmen sichern sollen.

Die KBV fordert deshalb, dass jetzt für das gesamte Gesundheitswesen für eine einheitliche und sichernde Abfederung des derzeit steigenden Kostendrucks Sorge getragen wird.

Ihre Ansprechpartner:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Tel.: 030 4005-1060
politik@kbv.de, www.kbv.de

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 183.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.